

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)



Koshika
foundation
Building Block of life.

APPLICATION No. 1

आवेदन संख्या :

K/0917/0840

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

04/09/17

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

LALTI DEVI

AGE-YEARS आयु-वर्ष

85

SEX लिंग

F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

LATE RAM SAMUSH PANDAY

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

1214, RAM DHAN GHOSH LANE, BELURMATH

HOWRAH - 711202, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासीय पता

AS ABOVE



OCCUPATION :

व्यवसाय

HOUSE WIFE

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

NIL

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बन्ध
1.	LALTI DEVI	85	F	SELF
2.	SANKAR PANDAY	55	M	SON
3.	SURMAYA PANDAY	50	F	DAUGHTER IN LAW
4.	SUSHIL PANDAY	35	M	GRAND SON
5.	RAKESH PANDAY	30	M	GRAND SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये बिंदी लगाएं

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
---	---	--	--

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किसे कौन सी बिंदी का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS CATARACT - RE
2.	SURGERY - RE (SIES + IOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कौन अन्य सहायता किसे अन्य स्रोत से लिया गया हो?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED इस हेतु सहायता राशी

DECLARATION by APPLICANT: none yet none yet

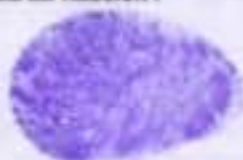
- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if applicable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रारण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बताना प्रारण प्राप्त नही है तो मेरी प्रारण प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मैं इससे यहाँ पर बताना हूँ कि "कीटिका फाउन्डेशन", से जो भी राशि है, उसका उपयोग उन्ही उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जाएगा, जो इस प्रारण में प्राप्त है।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रारण के बाद मैं अपने किसी भी अन्य स्रोत/रोजगार/बिमा कंपनी से न तो राशि के लिए न ही भुगतान के लिए।

AGREEMENT by APPLICANT (attach and sign)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/post-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations to Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकार या अपने हस्ताक्षर या अंगूठी की छाप लगाकर, मैं (अर्हताकर्ता) अपनी स्वीकृति और अधिकार करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडेशन और इसके भरोदारों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और वे बिना इस प्रकार से प्रयोग है, उसे "कोशिका" द्वारा प्रकाशित, प्रसार, प्रकाशक द्वारा प्रसारण से मुझे लाभकारी और उत्पत्ति करने के लिए प्रसारण के प्रसारण करने के लिए अधिकृत है। वे इस का बिना मेरे हस्ताक्षर के बिना या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" से प्रकाशित अधिकृत है।
- 2) मैं (अर्हताकर्ता) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और बिना को बिना सहमत से प्रसारण से मुझे लाभ: सहमत का हस्ताक्षर नहीं करता। इस संबंध में "कोशिका" द्वारा प्रकाशित प्रकाशित का निर्णय अंतिम और अप्रत्यक्ष होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION _____

संकेतों से प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष रूप से



AGREEMENT by HOSPITAL (STAMP OR SIGN)

By affixing hereunder, signature of our Authorized Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसके अतिरिक्त, राजस्थानी की ओर से गणपतदेवी की "बलिष्ठा पराजयेश" से मिलित उल्लास में विचारित भी जारी है, जिसे हनु (हनुमान) विष्णु प्रकाश से मान्य व स्वीकार करते हैं।

- [illegible]

RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable) संस्तुति (स्वीकृत/निस्त का विवरण लक्ष्य)		ACCEPTANCE सम्मत		REJECTION समन्वित	
Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	Dr. Arindam Deb MBBS DO, FRCS Reg. No. - 58095 Koshika Foundation & Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डॉक्टर का नाम व इलाका व रजि. नं.	Shib Sankar Bhowmik Director Koshika Eye Foundation & Research Centre (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद इलाका अधिकृत अधिकारी			
FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION कक्षाधिक उपयोग हेतु					
SANCTIONED संस्तुति	REJECTED समन्वित	SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायी इलाका 1		SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायी इलाका 2	
		